

SOLICITUD DE COBRO DE PRESTACIÓN Y MODALIDAD

(A cumplimentar por cada Beneficiario reconocido)

FONDO 214: SANTANDER UNIVERSIDADES, FONDO DE PENSIONES**PLAN DE PENSIONES:**☐ **PLAN 002 – UNIVERSIDAD CASTILLA LA MANCHA****DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre y Apellidos			
NIF	Fecha de Nacimiento		Teléfono
Dirección		Nº	Escalera-Piso-Puerta
Localidad	Código Postal		Provincia
Contingencia producida			Fecha de Contingencia
Nombre y apellidos del partícipe, (si es distinto del beneficiario)			
Nif	Fecha de nacimiento		Estado Civil

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco				Oficina				D.C.		Número de Cuenta									

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

<input type="checkbox"/> Mi Cónyuge y en su defecto los hijos.	
<input type="checkbox"/> Mi Cónyuge y mis hijos a partes iguales.	
<input type="checkbox"/> Herederos Legales.	
<input type="checkbox"/> Designación expresa:	
Nombre y Apellidos:	N.I.F.

Para cualquier duda puede contactar con Pilar Centeno en el tlf. 91.289.03.12

MODALIDAD DE COBRO

<input type="checkbox"/> Capital:	<input type="checkbox"/> Inmediato <input type="checkbox"/> Diferido a la fecha _____	
<input type="checkbox"/> Renta:	<div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> Renta Financiera: Importe de la Renta _____ Euros <input type="checkbox"/> inmediata <input type="checkbox"/> diferida a fecha _____ Periodicidad: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual Revalorización anual: <input type="checkbox"/> al ___ % ó <input type="checkbox"/> con el IPC del año anterior </div> <div style="padding-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Renta Garantizada Vitalicia: Importe de la Renta: (será fijado por la Cía. de Seguros) Temporal: Importe de la Renta: (será fijado por la Cía. de Seguros) <input type="checkbox"/> inmediata <input type="checkbox"/> diferida a fecha _____ Periodicidad: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual Revalorización anual: <input type="checkbox"/> al ___ % ó <input type="checkbox"/> con el IPC del año anterior Reversión al cónyuge: <input type="checkbox"/> si ó <input type="checkbox"/> no </div>	
<input type="checkbox"/> Mixta:	<div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> Capital/ Renta Financiera. Importe del Capital _____ Euros <input type="checkbox"/> inmediato <input type="checkbox"/> diferido a fecha _____ </div> <div style="padding-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Capital/ Renta Garantizada Vitalicia. <input type="checkbox"/> Capital/ Renta Garantizada Temporal Importe del Capital _____ Euros <input type="checkbox"/> inmediato <input type="checkbox"/> diferido a fecha _____ </div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 10px;"> Importe de la Renta _____ Euros <input type="checkbox"/> inmediata <input type="checkbox"/> diferida a fecha _____ Periodicidad: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual Revalorización anual: <input type="checkbox"/> al ___ % ó <input type="checkbox"/> con el IPC. </div> <div style="padding-top: 10px;"> Importe de la Renta: (será fijado por la Cía de Seguros) <input type="checkbox"/> inmediata <input type="checkbox"/> diferida a fecha _____ Periodicidad: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual Revalorización anual: <input type="checkbox"/> al ___ % o <input type="checkbox"/> con el IPC. Reversión al cónyuge: <input type="checkbox"/> si o <input type="checkbox"/> no </div>

Conociendo las características de la prestación que se me ha reconocido y de la modalidad de cobro elegida en la presente, SOLICITO que la misma se abone en los datos bancarios arriba indicados.

En a de de
Firma y N.I.F.

DOCUMENTACION NECESARIA PARA EL PAGO DE PRESTACIONES

Formas de cobro, una de estas tres modalidades: Capital Total, Renta, Un capital más renta.

1) Prestaciones por Jubilación:

- () Solicitud del cliente.
- () Documentación que demuestre fehacientemente que el cliente ha alcanzado la situación de jubilación (resolución del I.N.S.S. indicando **fecha de efecto de la misma**) o que no puede acceder a ella. **(1)**
- () Fotocopia del D.N.I. y del N.I.F.
- () Modelo de Comunicación de datos al pagador - I.R.P.F. (Modelo 145) **(RELLENAR)**.

En caso de Expediente de Regulación de Empleo, documento acreditativo de tal circunstancia (documento del Ministerio de Trabajo).

2) Prestaciones por Fallecimiento:

- () Solicitud de los beneficiarios.
- () Certificado de Defunción.
- () Certificado del Registro de Ultimas Voluntades.(En caso afirmativo fotocopia del Testamento).
- () Documentación que acredite el derecho a la prestación y que podrá ser: Fotocopia del Libro de Familia, certificado de matrimonio, partidas de nacimiento de los hijos.
- () Testamento o declaración judicial de herederos abintestato.
- () Fotocopia de D.N.I. y de N.I.F. de los beneficiarios.
- () Modelo de retenciones al pagador - I.R.P.F. (Modelo 145) **(RELLENAR)**.

3) Prestaciones por incapacidad permanente total e incapacidad permanente absoluta:

- () Solicitud del cliente.
- () Documento expedido por I.N.S.S. u organismo competente, que confirme la situación de incapacidad.
- () Fotocopia del D.N.I. y del N.I.F.
- () Modelo de retenciones al pagador - I.R.P.F. (Modelo 145) **(RELLENAR)**.

4) Liquidez excepcional por paro prolongado:

- () Solicitud del cliente.
- () Documento expedido por el INEM u organismo competente, que confirme la situación de desempleo* y su fecha de inicio, así como si percibe o no subsidio de desempleo o ayuda familiar y las fechas de inicio y final de cobro de estos subsidios. (***Vida Laboral indicando especialmente la última fecha de baja**).
- () Fotocopia del D.N.I. y del N.I.F.
- () Modelo de retenciones al pagador - I.R.P.F. (Modelo 145) **(RELLENAR)**.

5) Liquidez excepcional por enfermedad grave:

- () Solicitud del cliente.
- () Certificado médico en el que se indique tipo de enfermedad y posible operación o tratamiento, y en su caso factura o presupuesto de tratamiento o justificante de menos ingresos derivados de la enfermedad.
- () En caso de familiares, deberá aportarse documentación que demuestre el grado de consanguinidad con el titular del Plan de Pensiones.(Fotocopia Libro de Familia).
- () En caso de enfermedad que afecte a persona distinta del propio Partícipe, su cónyuge, o alguno de los ascendientes o descendientes de aquellos en primer grado, documento acreditativo de la situación legal de convivencia en régimen de tutela o acogimiento del Partícipe con la persona afectada por la enfermedad.
- () Documento acreditativo de los ingresos del enfermo.
- () Fotocopia del D.N.I. y del N.I.F. del cliente y del familiar si procede
- () Modelo de retenciones al pagador - I.R.P.F. (Modelo 145) **(RELLENAR)**.

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. Retenciones sobre rendimientos del trabajo

Comunicación de datos al pagador (art.º 82 del Reglamento del I.R.P.F.)

Modelo

145

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos siguientes, la retención que se le practique podría resultar superior. En tal caso, recuperará la diferencia, si procede, cuando se tramite su solicitud de devolución por parte de la Agencia Tributaria, en el supuesto de no tener obligación de presentar declaración del I.R.P.F., o bien como consecuencia de la presentación de ésta.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el perceptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.

1. Datos del Perceptor

Espacio reservado para la etiqueta identificativa.

Si no dispone de etiquetas, cumplimentar los datos identificativos que figuran a la derecha de este recuadro: N.I.F., primer apellido, segundo apellido y nombre.

Importante: los perceptores que accedan a su primer puesto de trabajo deberán adherir obligatoriamente la etiqueta identificativa.

En tal caso, si no dispone de etiquetas, póngase en contacto con su Delegación o Administración de la Agencia Tributaria, donde le serán facilitadas.

N.I.F.

Primer apellido

2.º apellido

Nombre

Año de nacimiento (consígnese en todo caso)

Situación familiar

• Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros, menores de 18 años o incapacitados judicialmente que conviven exclusivamente con Vd. sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de esta comunicación

• Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas

N.I.F. del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, consigne en esta casilla el N.I.F. de su cónyuge)

• Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ..., etc.)

(Marque también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar).

Discapacidad (grado de minusvalía reconocido) igual o superior al 33% e inferior al 65% Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida

Movilidad geográfica Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado

Prolongación de la actividad laboral Si, una vez cumplidos los 65 años de edad, continúa o prolonga Vd. la actividad laboral, marque con una "X" esta casilla

2. Hijos y otros descendientes solteros menores de 25 años, o mayores con discapacidad que conviven con el perceptor.

(Hijos o descendientes solteros menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros).

Discapacidad (grado de minusvalía reconocido)

Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.

Cómputo por entero

En caso de hijos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, indíquelo marcando con una "X" esta casilla.

Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento (1)	Grado de minusvalía igual o superior al 33% o inferior al 65%	Grado de minusvalía igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida

Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año de acogimiento.

3. Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor.

(Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros).

Discapacidad (grado de minusvalía reconocido)

Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.

Convivencia con otros descendientes

Si algún ascendiente convive también, al menos, durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado, indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (Si los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellene esta casilla)

Año nacimiento	Grado de minusvalía igual o superior al 33% o inferior al 65%	Grado de minusvalía igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	

4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos.

Importante: para que los importes consignados en este apartado puedan ser tenidos en cuenta a efectos de determinar el tipo de retención aplicable, deberá acompañar a esta comunicación testimonio lateral, total o parcial, de la resolución judicial determinante de las pensiones compensatorias y/o anualidades por alimentos de que se trate

Pensión compensatoria en favor del cónyuge. Importe anual que el perceptor está obligado a satisfacer por resolución judicial

Anualidades por alimentos en favor de los hijos. Importe anual que el perceptor está obligado a satisfacer por resolución judicial

5. Fecha y firma de la comunicación.

Manifiesto ser contribuyente del I.R.P.F. y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal o familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 82 del Reglamento del I.R.P.F.

En a de de

Firma del perceptor:

Fdo.: D/Dª

6. Acuse de recibo.

La empresa o entidad

acusa recibo de la presente comunicación y documentación

En a de de

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora:

Fdo.: D/Dª

Atención: la inclusión de datos falsos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria grave, sancionable con multa del 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa.

Ejemplar para la empresa o entidad pagadora